Opłata uiszczona ryczałtem.

Nr. 2 WARSZAWA — LISTOPAD 1934 R. Rok I

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE I FIZYKALNE

CZASOPISMO

POŚWIĘCONE ROZWOJOWI KRAJOWEGO PRZEMYSŁU CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNEGO I SPRAWOM LEKARSKIM

REDAKCJA I ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. GRZYBOWSKA 33 m. 4. TEL. 2.28-71

Nr. 2 Rok I

WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO FARMACEUTYCZNE I FIZYKALNE

Dr. N. Szyk.

Psychologja indywidualna na usługach lekarza-praktyka.*)

Dane z zakresu psychologji indywidualnej mogą posłużyć lekarzowi jako podstawa do pogłębienia znajomości człowieka (Menschenkenntnis) i do wykrycia zależności między psychiką a chorobą. Owa zależność często przejawia się w objawach psychopochodnych i nawarstwieniach czynnościowych w przebiegu organicznego procesu chorobowego.

Ustalenie określonych typów psychologicznych jest niemożliwe, jednakowe przejawy u różnych osób mogą mieć odmienne znaczenie.

Znamiennym dla każdego człowieka jest pewien plan życiowy, który nie da się ująć statycznie za pomocą jednorazowych przejawów osobowości zewnętrznej. Wymieniony plan życiowy można uchwycić przez poznanie przebiegu życia.

Pomocnicze znaczenie mają wyraz twarzy, postawa, mowa i znamienne oznaki zewnętrzne. Są one wyrazem ruchu psychicznego, a więc zjawiska dynamicznego.

Lecz jeżeli te wszystkie zewnętrzne przejawy poddać rozbiorowi, to okaże się, że są one tylko częściowym odbiciem ruchu psychicznego.

Życie jest ruchem. Psychika ludzka jest ogniskiem różnych ruchów, które są skierowane w pewnym określonym kierunku. Jako osobowość jest każdy człowiek uwarunkowany przez pewien cel, do którego zmierza. Ów cel wypływa nieświadomie z dążenia do doskonałości. Charakter człowieka jest sumą środków, służących temu celowi. Środków tych człowiek szukał, znalazł je i wreszcie obrał.

Wśród takiego pola sił toczą się również czynnościowe schorzenia, wypływające z psychiki.

Aby przyswoić sobie praktyczną znajomość człowieka,należy poznać powyższy plan życiowy i cel człowieka.

Jeżeli będziemy usiłowali dowiedzieć się, czego chory chce osiągnąć, wówczas niektóre dane w tej mierze można będzie uzyskać, spostrzegając sposób wchodzenia chorego do pokoju, odpowiedzi na pytania i opowiadania o swoich dolegliwościach. W ten sposób chory przejawia swoje położenie w życiu i osobiste znamiona. Dowiemy się również, jak chory dąży do wyższości nad otoczeniem i jak chce się zabezpieczyć przed przykrościami życiowemi.

Prawidłowa ocena wspomnianych czynników posłużyć może podstawą do właściwego „leczenia“ z punktu widzenia czysto ludzkiego.

Dobry lekarz winien być nie tylko dobrym człowiekiem, lecz także dobrym znawcą ludzi (Menschenkenner).

Plan życiowy zależny jest od środowiska, skłonności, stosunku do rodziców, rodzeństwa i innych osób, wywierających na osobniku decydujące wrażenie.

Plan ten przejawia się we wspomnieniach, które człowiek dorosły przechowuje z najwcześniejszego dzieciństwa. Zachowane są we wspomnieniach te składniki, na które w swoim czasie zwracał uwagę i które bezwiednie w życiu późniejszem uwarunkowały losy człowieka.

Trzeba się tylko nauczyć czytać w tych wspomnieniach. Wykazują one najgłębsze dążenia człowieka ze względu na szczególne ciepło, tkliwość i wiarę, któremi są opromienione.

Niektóre charaktery neurotyczne możnaby porównać do typów powieściowych. Takie określenia jak księżniczka, zdetronizowana królowa, wieczny żebrak, surowy sędzia, męczennik nieraz trafnie ujmują niektóre rysy postępowania neurotyków.

Wrażenia z pierwszych lat dziecięcych znajdują swoje potwierdzenie dopiero przy zestawieniu z przeżyciami życia późniejszego.

Przy pewnem wyszkoleniu i pewnej wnikliwości można uchwycić to, co w tych ludziach jest niezrozumiałe. Również sny mogą wyjaśnić cel, do którego zmierza chory.

Od prawidłowego zrozumienia celu i planu życiowego zależy powodzenie postępowania lekarskiego. Wiele dzielnych lekarzy błądzi, gdyż nie rozumie potrzeb psychicznych swoich pacjentów.

Poznajemy owe dążenia, pochodzące z dzieciństwa, gdy zachorujemy sami. Wówczas widzimy, jak wiele się traci, gdy się zaniedbuje poznanie różnorodnej struktury psychicznej chorych.

Nie można jednakowo zachowywać się wobec wszystkich pacjentów. Jedni wymagają szczególnej życzliwości lub przynajmniej oznak zewnętrznych troskliwości, inni, cierpiący z powodu swojej bezradności, szukają bezwzględnego autorytetu. Niekiedy chory staje się dopiero wów-

czas dostępny dla lekarza, gdy wyrazimy uznanie dla jego poglądów, mądrości lub posłuszeństwa. Jednego należy bardzo łagodnie traktować, by go nie urazić, wówczas, gdy drugi reaguje dobrze na brutalne słowa. Przy najprostszem zabiegu koniecznem jest uwzględnienie osobowości chorego.

Istnieje pewien typ dawnego lekarza, który w postępowaniu z choremi zachowuje się szorstko i bezwzględnie. W ten sposób rzadko udaje się pomyślnie wpłynąć na chorego. Lecz niekiedy u chorych bezradnych, tęskniących do autorytetu, postępowanie brutalne wywiera nieraz bardzo silne wrażenie. Czasem można w ten sposób o wiele więcej osiągnąć niż za pomocą życzliwości. Dotyczy to zwłaszcza kobiet i niektórych psychopatów. Jednak w obecnych czasach większość ludzi spodziewa się po lekarzach życzliwości i przyjacielskiego stosunku.

Dobry lekarz musi intuicyjnie wyczuć, jaką ma obrać drogę. Sprawa ustosunkowania się lekarza do chorego jest szczególnie ważna przy schorzeniach czynnościowych. Skuteczność leczenia zależy nie od środka zastosowanego, lecz od kontaktu osobistego. Samo nawiązanie stosownego kontaktu z chorym może dać znaczną poprawę.

U wszystkich chorych z objawami neurotycznemi istnieją zaburzenia w sposobie obcowania z osobami bliskiemi. Gdy chory przy bliskiem obcowaniu z lekarzem doznaje z jego strony życzliwej pomocy, już ta sama okoliczność wpływa przyczynowo na źródło jego schorzenia neurotycznego. Dla ponurego neurotyka pomoc lekarska jest pocieszeniem, które działa leczniczo.

Dwa błędy popełniają lekarze wobec neurotyków: 1) Mówi się chorym, że nie mają organicznego schorzenia. Trzeba mieć trochę cierpliwości, sprawa minie. Tymczasem pacjent nadal czuje się chorym. Uważa, iż lekarz go źle zrozumiał. Rozpoczyna wówczas wędrówkę po różnych lekarzach.

2) Rozpoznaje się u chorego sprawę organiczną. Nie zawsze wchodzi tu w rachubę zła wola lekarza. Czasem lekarz istotnie jest przekonany o odpowiedniku organicznym. W innych przypadkach lekarz wie, iż chory chciałby rozpoznania sprawy organicznej, któreby uzasadniło jego niezrozumiałe dolegliwości.

Przeważnie mylnie rozpoznaje się sprawy organiczne u ludzi zamożnych. Lekarze często nie zdają sobie sprawy, iż wyrządzają choremu ogromną krzywdę. Nawet tym wypadku, gdy rozpoznanie sprawy organicznej opiera się na teorjach naukowych, zasługuje ono na surowe potępienie.

W tych wypadkach powoływanie się na zaburzenia układu roślinnego, układu dokrewnego i przemiany materji nie usprawiedliwia lekarza. Neuroza się nasila, gdyż chory jest przekonany o organicznem podłożu swego schorzenia.

Nakreślone powyżej dwa rodzaje postępowania są szkodliwe. Lekarz musi znać istotę nerwic. Zwłaszcza niebezpiecznem jest powierzchowne zrozumienie psychoanalizy. Zupełnie niewłaściwem jest doradzać mężczyznom, aby więcej korzystali z życia erotycznego. To samo dotyczy ślubu u panien. W związku z wymienionemi niewłaściwemi poradami wystąpić mogą u mężczyzn zaburzenia potencji i stany przygnębienia. Co do kobiet należy zaznaczyć, iż osoba, która nie może sprostać wymogom życia panieńskiego, tembardziej załamie się pod ciężarem obowiązków małżeńskich. Nadto lekarz winien zrozumieć, iż mężczyzna, który może swobodnie korzystać z życia erotycznego, uczyniłby to bez porady lekarskiej.

Niekiedy pacjent jest zaniepokojony z powodu przesadnej oceny następstw samogwałtu. Nałóg ten nie jest przyczyną chorób nerwowych, lecz jest równoległym objawem tych chorób. Również nadmiernie są przeceniane szkodliwe następstwa coitus interruptus.

Dane, uzyskane przez szkołę indywidualno-psychologiczną A. Adler'a, umożliwiają zrozumienie schorzeń nerwicowych, a temsamem stanowią rękojmię skuteczności leczenia.

Schorzenie neurotyczne oraz czynnościowe nawarstwienia schorzenia organicznego są ucieczką od pewnych określonych zadań życiowych, które dany osobnik ma spełnić i do których nie czuje się przygotowany. Są to trzy zagadnienia: 1) Praca zawodowa. 2) Współżycie towarzyskie. 3) Miłość. Chory chce wyzbyć się udziału w życiu z powodu uczucia niewydolności. Oczekuje on niepowodzeń życiowych, co powoduje uczucie lęku.

Wszelkie zaburzenia nerwicowe są odmianami uczuci lęku przy wykonaniu zadań życiowych.

Głównem celem lekarza winno być stwierdzenie, dlaczego i przed czem chory ów lęk odczuwa.

Wówczas dopiero można pacjentowi wytłumaczyć, iż jego choroba znajduje się w zależności od pewnych zagadnień życiowych, które na nim ciążą.

Na nastawieniu celowem psychiki ludzkiej oparty jest bardzo prosty zabieg.

Jeżeli zapytamy pacjenta, co będzie robił, gdy wyzdrowieje, wówczas otrzymamy odpowiedź, z której będzie można się domyśleć, czego chory się lęka i czemu szukał ucieczki w nerwicy. Chory mówi wówczas, że będzie miał więcej powodzenia w pracy zawodowej, będzie mógł wydajniej pracować, będzie bliżej obcował z krewnemi, jednem słowem, wymienia te zadania życiowe, przy których czuje swoje upośledzenie. Samo zaś swoje upośledzenie chce zapomocą choroby usprawiedliwić.

Tworzy sobie uboczny teren walki życiowej (Nebenkriegsschauplatz). Zamiast usiłowań w kierunku spełnienia społecznych zadań życia, podtrzymuje w sobie przesadną troskę o własne zdrowie i osobliwe zainteresowanie dla objawów chorobowych.

Chory myśli o swojej bezsenności i bólach, gdy w rzeczywistości czekają na niego rozstrzygnięcia poważnych spraw życiowych.

Jeżeli się ma pojęcie o planie życiowym pacjenta, wówczas można mu wskazać na jego fałszywe posunięcia.

Należy przyjąć jako podstawę choroby niedostateczne zaufanie chorego do siebie i do swoich zdolności.

Wskazanem jest przyczynić się do lepszego rozwoju uczucia wspólnoty u chorego (Gemeinschaftsgefühl). Konieczne jest obudzenie w chorym zainteresowania dla spraw otoczenia. Takie postępowanie jest przygotowaniem chorego, aby mógł sprostać wymaganiom życia.

Jednoobjawowe dolegliwości łatwo dają się wyjaśnić. Zaburzenia snu służą ku temu, aby chory mógł się przed sobą usprawiedliwić z powodu niespełnionych w następnym dniu zadań życiowych. Takie zaburzenia nerwowe snu mogą wystąpić przed egzaminem, zaś u pracownic domowych przed trudnemi pracami domowemi. Jeden pacjent cierpiał na bezsenność tylko przed niedzielą i świętem, które miał poświęcić rodzinie. Zawsze wchodzi w rachubę sytuacja, której chory chciałby uniknąć.

Niekiedy zaburzenia pamięci, niezdolność do skoncentrowania uwagi i częste zapominanie są wynikiem nadmiernej ambicji chorego. Wobec stworzonego przez siebie ideału doskonałości chory czuje swoją niewydolność. Jest to niedomoga względna, którą pacjent chce ukryć za pomocą swej choroby.

Przy zaburzeniach erotycznych chory nie spełnił zadań erotycznych. Wynikające stąd upośledzenie przenosi się na różne czynności postępowania i myślenia. Chory wówczas z powodu postępującego przygnębienia i bezradności odczuwa niepomierny ciężar zagadnień życia codziennego. Pociąga to za sobą zmęczenie, brak wszelkich zainteresowań, niezdolność do pracy, słabość pamięci, upośledzenie uwagi, nadmierną pobudliwość, rozlane i zmienne bóle w różnych częściach ciała. Oczywiście należy wykluczyć możliwość choroby organicznej. Ta okoliczność, iż pacjent stoi przed poważnem rozstrzygnięciem sprawy życiowej może przemawiać na korzyść czynnościowych zaburzeń.

Czasem przy schorzeniach organicznych wystąpić mogą objawy psychopochodne.

Przykładem zgubnych następstw niewłaściwego postępowania może posłużyć następujący przypadek. Chora cierpi na tachykardję i uczucie ucisku w okolicy serca. Są to zaburzenia czynnościowe. Jeden z lekarzy rozpoznaje osłabienie serca. Od tego czasu chora żyje w ciągłym

lęku przed chorobą serca. Wszelkie usiłowania sprowadzić chorą do prawidłowego trybu życia zawiodły.

Z powyższych rozważań wynika, iż wpływ indywidualno-psychologiczny jest nieodzownym warunkiem powodzenia lekarskiego. Tylko w tym wypadku, gdy stanowisko lekarza wobec pacjenta jest oparte na uwzględnieniu indywidualnej psychologji, można uzyskać pomyślne wyniki postępowania lekarskiego.

*) Opracowane na podstawie:
R. Dreikurs. Die Individualpsychologie des praktischen Arztes. Medizinische Klinik N N 10, 11, 1934 r,

Inż. L. Kowalczyk.

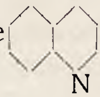
Syntetyczny przemysł farmaceutyczny.

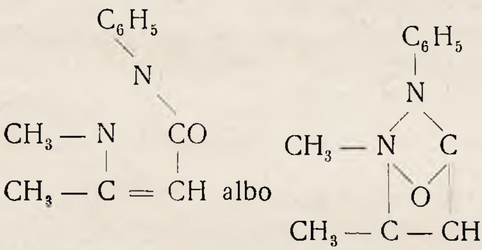
HISTORJA ROZWOJU.

Jedną z gałęzi syntetycznego przemysłu organicznego, który w okresie powojennym dzięki rozwojowi współczesnej chemji organicznej jako nauki o nieograniczonych wprost możliwościach — znajduje coraz nowe drogi do rozwijania się, jest syntetyczny przemysł środków farmaceutycznych. Wytwarzanie syntetycznych związków organicznych, przeznaczonych do celów leczniczych, rozpoczęte zostało przed niespełna stu laty. Bowiem dopiero z chwilą, kiedy farmakologja została uznana jako samodzielna nauka, niezależna od chemji teoretycznej, rozpoczęła się właściwa synteza środków leczniczych. Przełomowy ten okres wypada mniejwięcej w połowie 19 stulecia.

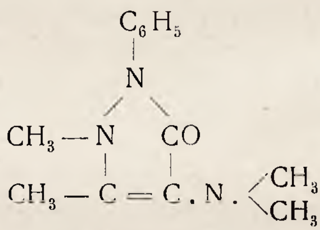
Jeśli chodzi o działanie leków syntetycznych, to przeważnie nie usuwają one przyczyn choroby, lecz tylko pobudzają organizm do wydzielenia odpowiednich substancyj, zwalczających chorobę. Niewielka tylko liczba leków syntetycznych działa wprost na przyczynę choroby, np., salvarsan na zarazkę kiły. Sposób leczenia środkami syntetycznemi ugruntował się ostatecznie dopiero w 1909 r., kiedy to P. Ehrlich nadał mu nazwę chemoterapji.

Wytworzenie czy wyodrębnienie danego związku organicznego znajdującego dziś zastosowanie w lecznictwie, nie zawsze szło w parze z równoczesnem jego zastosowaniem do tego celu. I tak np. eter etylowy, $(C_2H_5)_2O$, znany już w pierwszej połowie 16 wieku, jako narkotyk znalazl zastosowanie po raz pierwszy dopiero w 1846 r. Wkrótce potem zastosowany był do tego celu chloroform w 1847 r. Tak samo w znanym już od 1832 r. (Liebig) uwodnionym chloralu, $CCl_3CH(OH_2)$, dopiero O. Liebreich odkrył działanie nasenne. H. Kolbe wytworzył syntetycznie w 1874 r. kwas salicylowy z fenolu i polecił go jako środek antyseptyczny.

Z wytworzeniem związków organicznych, działających antypiretycznie, rozpoczęła się systematyczna synteza środków lekarskich. Ponieważ początkowo przypuszczano, że w stosowanej od 1820 r. do zwalczania febry oraz wszelkich objawów gorączkowych — chininie zasadniczą rolę odgrywa połączenie chinolinowe , przeto wychodząc z chinoliny otrzymano szereg sztucznych środków przeciwgorączkowych, których znaczenia jednak nie udało się utrzymać z chwilą wytworzenia przez L. Knorra 1883 r. syntetycznej antypiryny, którą sam wynalazca początkowo również uważał za pochodną chinoliny. Filehne stwierdził bez wszelkiej wątpliwości silne działanie antypiretyczne związku wytworzonego przez Knorra i przepowiedział przytem, na zasadzie swoich badań nad związkami organicznemi, że wprowadzenie do niej grupy dwumetyloaminowej znacznie wzmocni jej działanie. Przepowiednia ta świetnie się sprawdziła, gdy w 1893 r. udało się Fr. Stolzowi uzyskać piramidon (dwumetyloantypirynę).



Antypiryna.



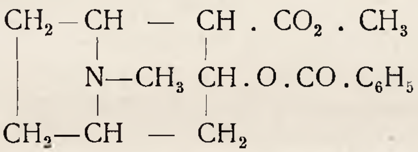
Piramidon.

W dzisiejszych czasach coraz większe zastosowanie na tym polu zaczyna znajdować inna pochodna antypiryny, a mianowicie melubryna.

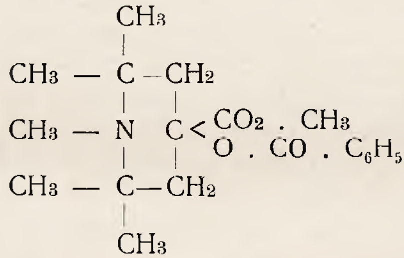
Przypadkowo zaobserwowano w 1887 r., że acetoanilid (antyfebryna), $C_6H_5NH.CO.CH_3$ działa na obniżenie gorączki. Dało to bodziec do całego szeregu prac nad tym związkiem, aby otrzymać jego pochodną o korzystniejszem działaniu. Najważniejszym wynikiem tych prac jest fenacetyna.

Do syntetycznych środków nasennych należy zaliczyć trzeciorzędny alkohol amylowy $(CH_3)_3.C.CH_2OH$ (uwodniony amylen) sulfonal i jego następcę trional, a dalej uretany, $NH_2.CO_2.R$ (gdzie R—alkil). W 1903 r. został uznany jako środek nasenny kwas dwuetylobarbiturowy, otrzymany przez Meringa i Conrada. Do handlu został on wprowadzony pod nazwą veronalu z chwilą, gdy E. Fischer ulepszył metodę jego otrzymywania. Po veronalu nastąpiły nowe środki nasenne, zawierające w swym składzie chlorowce, a głównie brom, jak neuronal $(C_2H_5)_2$ CBr.CO.NH_2 (dwuetylobromoacetamid), bromural $(CH_3)_2$.CH. CHBr —CO —NH —CO —NH_2, adalina i t. d.

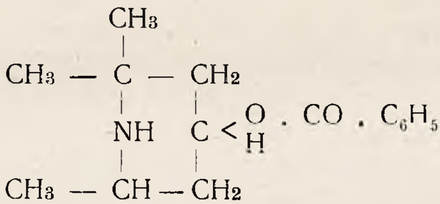
Przechodząc do środków znieczulających, to działanie kokainy znane już było 1882 r. przez Kollera, jednak skład chemiczny jej dopiero został ustalony przez Willstättera w 1898 r. Wysoka cena alkaloidów (np. w 1885 r. cena 1 kg. kokainy wynosiła ok. 13.000 marek niem.) była bodźcem do otrzymywania syntetycznych środków zastępczych. Wkrótce po ustaleniu składu chemicznego kokainy powstało mnóstwo jej surogatów, należących do różnych rodzajów związków. Udało się nawet otrzymać tzw. pseudokokainę, którą Merck wprowadził do handlu (1924 r.) pod nazwą psikainy. Zbliżone do kokainy pod względem budowy chemicznej eukainy syntetyczne zjawiły się na targu już w 1896 r., jako pierwsze w świecie alkaloidy syntetyczne, wyprodukowane przez Scheringa.



Kokaina



Eukania α.



Eukaina β.

Są to pochodne piperydyny eukainę α otrzymał Merling, eukainę β — Vinci.

Otrzymywane w dalszym ciągu syntetyczne alkaloidy można zaliczyć do następujących grup związków organicznych. Holokaina (1897 r.): $CH_3 . C(=N . C_6H_4 . O . C_2H_5) . NH . C_6H_4 . O . C_2H_5 . HCl$ jest pochodną acetoamidu, akoina:

$C_2H_5 . O . C_6H_4 . N=C(NH . C_6H_4 . O.CH_3)_2 . HCl$ — guanidyny.

Stovaina (otrzymana przez Fourneau, w 1901 r.):

$C_6H_5 . CO . O . C(CH_3)_2 . C_2H_5 . CH_2 . N(NH_3)_2 . HCl$,

alipina (produkowana przez Bayera):

$C_6H_5 . CO . O . C(C_2H_5) . [CH_2 . N(CH_3)_2]_2 . HCl$,

nowokaina, mająca dziś główne zastosowanie jako środek znieczulający w chirurgji:

$H_2N . C_6H_4 . CO_2 . CH_2 . CH_2 . N(C_2H_5)_2 . HCl$,

(wynaleziona 1905 r. przez Einhorna i Bielefeldera), tutokaina:

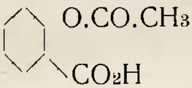
$H_2N . C_6H_4 . CO_2 . CH(CH_3) . CH(CH_3) . CH_2 . N(CH_3)_2 . HCl$,

(wprowadzona na targ 1924 r. przez Bayera) — są to skomplikowane pochodne benzolilowe alifatycznych aminoalkoholi.

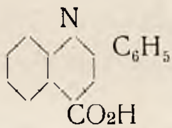
Pozatem badania A Einhorna i Heinza w 1897 r. zostały uwieńczone poznaniem nowej grupy połączeń organicznych, służących do lokalnego znieczulenia. Należą tu estry kwasu aminohydroksybenzoesowego, jak ortoform (ester metylowy kwasu p—amino—m—hydroksybenzoesowego) oraz nowy ortoform (ester metylowy kwasu p—amino—m—hydroksybenzoesowego) i dalej estry kwasu p—aminobenzoesowego: etylowy (anestezyna), propylowy (propezyna), izobutylowy (cykloform).

Jako syntetyczne leki diuretica zjawiły się teobromina, kofeina i teofilina. Syntezę tych środków przeprowadził E. Fischer i W. Traube.

Do leków syntetycznych, które znalazły nadzwyczajne rozpowszechnienie zaliczyć należy aspirynę (kwas acetylosalicylowy), atofan (kwas fenylochinolinokarbonowy), który odciąga z organizmu kwasy moczowe, urotropina (heksametylenotetraamina), oraz fenolftaleina, jako szybko działający środek przeczyszczający.

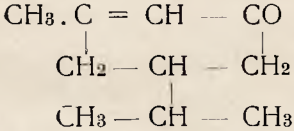


Aspiryna

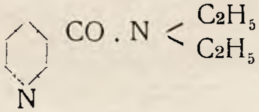


Atofan

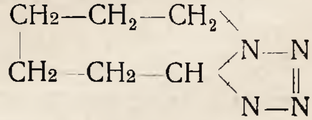
Nakoniec należy jeszcze wspomnieć o jodoformie i jego licznych środkach zastępczych jako antyseptykach do ran, syntetycznej kamforze (otrzymanej w 1903 r. poraz pierwszy z terpentyny), której fabrykacja została postawiona na wielką skalę przez Scheringa, dzięki badaniom Joachimoglu, który stwierdził, że własności syntetycznej są identyczne z naturalną. Surogaty kamfory rozpuszczalne w wodzie, dają się już dziś bez wielkiego trudu syntezować. Należą tu: hexeton (izomer kamfory, wprowadzony na rynek przez Bayera w 1923 r. dzięki badaniom Gottlieba), którego sól sodowa łatwo jest w wodzie rozpuszczalna, koramina (Ciba, 1924 r.) oraz kardiazol, wprowadzony do handlu przez Knolla w 1925 r.



Hexeton



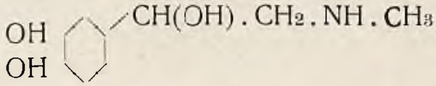
Koramina



Kardiazol

Szczególne znaczenie dla celów leczniczych przedstawiają syntetyczne związki metaloorganiczne metali ciężkich. I tak organiczne związki srebra i rtęci są b. dobremi antyseptykami; ostatnie zwłaszcza mają wielkie znaczenie przy zwalczaniu zarazków kiły. Preparaty złota stanowią skuteczny oręż w zwalczaniu tuberkulozy. W ostatnich czasach osiągnęły przynależne miejsca w lecznictwie związki organiczne arsenu i antymonu. Z wynalezieniem salvarsanu chemoterapja święci nowe tryumfy. Nie

sposób jest wymienić wszystkich środków syntetycznych, znajdujących dziś coraz nowe zastosowania. W każdym razie możliwości syntezy są olbrzymie. Dość wspomnieć, że zostały już otrzymane syntetycznie hormony, których znaczenie dla organizmu jest dziś znane powszechnie, np., adrenalina (Stolz)



a nawet witaminy syntetyczne. Mianowicie Windaus (1927 r.) naświetlając promieniami ultrafioletowemi ergosterynę otrzymał w rezultacie antyrachityczną prowitaminę.

Właściwy przemysł syntetycznych środków leczniczych zawiązał się na przełomie 19 i 20 stulecia. Rozwój jego był i jest ściśle zależny od rozwoju chemji organicznej. Dziś, gdy wykorzystał on wszystkie odkrycia chemików—organików w ciągu ostatnich dziesięcioleci, stanowi niewątpliwie potężną gałąź przemysłu organicznego np. w Niemczech i we Francji. Inne kraje, a między nimi i Polska mają przemysł ten jeszcze na niedostatecznym poziomie i zmuszone są do sprowadzania całego szeregu specyfików z zagranicy.

H. Landau.

Leczenie ropni i zgorzeli płuc.

Do leczenia ropni i zgorzeli płuc pretendują interniści, chirurdzy, laryngolodzy i fizjoterapeuci, a jednak żadna z tych gałęzi medycyny nie może się dotychczas poszczycić tak znakomitemi wynikami, by dziedzina ta stała się jej wyłączną domeną.

W leczeniu wewnętrznem ropni i zgorzeli płuc odróżniać należy metody objawowe oraz metody, pretendujące do miana przyczynowych.

W leczeniu objawowem należy zwracać uwagę na djetę. Za najodpowiedniejszą uważana jest t. zw. djeta sucha, polegająca na ograniczeniu ilości podawanych płynów do 400 cm^3 na dobę. W związku z tem wskazane jest ograniczenie podawania soli kuchennej, która ma działać również przeciwzapalnie. Djetę małosolną można przeprowadzać ewentualnie w postaci djety *Sauerbrucha—Gersona—Hermansdorfera.* Djeta powinna być bogata kalorycznie, zawierać wszystkie składniki pożywienia, ażeby zapobiec wyniszczeniu, które często powodują ropnie i zgorzel płuc.

Ażeby ułatwić wydalanie plwociny, zalecają niektórzy autorzy, podobnie jak w rozstrzeniach oskrzeli, ułożenie *Quinck'ego,* t. j. uniesienie nóg łóżka ku górze. Pozycja taka jest dość niedogodna i męcząca dla chorych tak, że często trzeba rezygnować ze stałego utrzymywania chorych w tem położeniu, a stosować je w ciągu kilku godzin dziennie.

Celem zmniejszenia ilości wydzieliny i pozbawienia jej cuchnącego zapachu stosuje się rozmaite olejki eteryczne, jak: *Ol. Therenbinthinae, ol. Eucalypti glob* — i t. d. Podaje się je bądź doustnie, bądź też w postaci wstrzykiwań domięśniowych. Najlepszemi preparatami do stosowania wśródmięśniowego są identyczne z niemiecką transpulminą preparaty krajowe Camphochin *„Laokoon“, Pulmin „Barcikowski“* (słabiej działa *Pneumonin „Gessner“),* wstrzykiwane w dawce 1—3 cm^3. Preparaty te zawierają prócz olejków eterycznych również kamforę; dają one najlepsze wyniki w ropniach i zgorzeli po zapaleniach płuc, co tłumaczyć możnaby przyjmowanem przez pewnych autorów *(Welch, Leo)* swoistem działaniem kamfory na pneumokoki, w tym wypadku należałoby im przypisywać działanie chemoterapeutyczne.

Podobne do olejków eterycznych działanie wywierają preparaty gwajakolowe, podawane doustnie lub wśródmięśniowo *(Guphen, Anastil),* które poza usuwaniem niemiłego zapachu plwociny i powietrza wydechowego poprawiają łaknienie i ogólny stan chorych.

Czynione były próby wśródmięśniowego i wśródżylnego stosowania wapnia (10% rozczyn *Calcium chloratum* — tylko wśródżylnie, *Glucalcin „Karpiński“, Calcium glukonatum Klawe* i t. p.), który działa przeciwzapalnie. Wstrzykiwania wapnia są szczególnie wskazane w krwawieniach w przebiegu ropni i zgorzeli płuc.

Do metod, zbliżonych do przyczynowych, należy zaliczyć stosowanie środków chemoterapeutycznych, w pierwszym rzędzie emetyny i salwarsanu.

Emetyna daje doskonałe wyniki w ropniach płuc pochodzenia pełzakowatego, ameboidalnego, spotykanych w okolicach podzwrotnikowych. Przez analogję zaczęto ją stosować w ropniach płuc nie pełzakowatego, lecz innego pochodzenia. *Emetinum hydrochloricum* wstrzykuje się podskórnie lub wśródmięśniowo w dawce od 0,02—0,05; droga wśródżylna jest zbyt niebezpieczna, wywołując nieprzyjemne, a nawet groźne dla życia objawy uboczne ze strony narządu krążenia (spadek ciśnienia krwi, zapaść, niemiarowość akcji serca) i układu nerwowego (osłabienie odruchów, zawroty głowy, objawy porażenne). Wstrzykiwania robi się codziennie lub co drugi dzień, przyczem po dawce ogólnej 0,5 gr. należy zrobić 5—10-dniową przerwę. Ogólna dawka miesięczna nie powinna przekraczać ilości 1 gr. Wyniki, podawane przez rozmaitych autorów, są rozbieżne: jedni uważają emetynę za nader cenny środek w leczeniu ropni i zgorzeli płuc (najlepsze wyniki ogłosili *J. Fiederbaum i G. Lewin),* inni odmawiają jej wszelkiego działania. W jednym z naszych przypadków, dotyczącym 12-letniej dziewczynki z ropnem zapaleniem ucha środkowego i wyrostka sutkowego, u której w przebiegu tego schorzenia zjawiły się dwa ropnie płuc, jeden w górnym prawym, drugi — w dolnym lewym płucie, stwierdzone klinicznie i rentgenologicznie, stosowanie emetyny dało doskonałe wyniki, gdyż


OESTRIN
Klawe
PIERWSZA POLSKA
FOLLIKULINA
KRYSTALICZNA
Amp. po 40 j. 100 j. i 500 j.
Fiolka zaw. 50000 j. w 5 cc
Tabl. po 100 j. i 500 j.
Proszek (1 gr = 1000 j.)
T-WO PRZEM. CHEM. FARM.
D. MAGISTER KLAWE, S. A.

po 20 wstrzykiwaniach ustąpiły wszelkie objawy kliniczne i rentgenologiczne, osiągnęliśmy całkowite i trwałe wyleczenie. W każdymbądź razie należy uważać emetynę za środek ,zasługujący conajmniej na wypróbowanie w każdym przypadku ropnia lub zgorzeli płuc.

Podstawą do stosowania preparatów salwarsanowych stanowi fakt ich pomyślnego działania w rozmaitych sprawach, wywołanych przez różne rodzaje krętków, nietylko przez krętki blade, a zwłaszcza w anginie *Plaut—Vincenta,* której tło bakterjologiczne stanowią spirylle i prątek wrzecionowaty *(bac. fusiformis).* Ponieważ w sprawach zgorzelinowych płuc spotyka się tę samą florę bakteryjną, zaczęto i tutaj stosować preparaty salwarsanowe. *(Novarsenobenzol „Spiess", Neosalutan „Pozowski").* Salwarsan bywa stosowany nietylko wśródżylnie, lecz również wlewany do tchawicy. Zdania co do skuteczności preparatów salwarsanowych, są jeszcze bardziej podzielone, niż co do emetyny. W pewnych przypadkach ropni i zgorzeli płuc stwierdza się niewątpliwie poprawę, a nawet udaje się osiągnąć wyleczenie, czego i myśmy byli kilkakrotnie świadkami.

Wśródżylne wstrzykiwania alkoholu, wprowadzone do lecznictwa spraw posoczniczych i ropnych przez *Thrsza,* zostały zastosowane przez *A. Landaua, Fejgina i J. Bauera* w procesach zakaźnych płuc, a zwłaszcza w sprawach ropnych i zgorzelinowych. Metoda ta polega na codziennem bardzo powolnem wśródżylnem wstrzykiwaniu 20 cm^3 33% alkoholu w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej; obok tego autorzy ci wstrzykują podskórnie insulinę w dawce 5—10 jednostek klinicznych dwa razy dziennie. Wobec tego, że wstrzykiwanie tak stężonych rozczynów alkoholu są bolesne, powodują zakrzepowe zapalenie żył, a nawet są związane z niebezpieczeństwem dla życia, *Bruell* stosuje tylko 15% rozczyn alkoholu, zaś autorzy rosyjscy są tego zdania, że metoda ta wymaga jeszcze badań doświadczalnych na zwierzętach, zanim znajdzie zastosowanie u ludzi. Metoda ta znalazła największe rozpowszechnienie we Francji. I tutaj opisywane wyniki nie są jednolite. Jedni z autorów są zachwyceni tą metodą, inni podają mniej pomyślne wyniki, zwłaszcza w zgorzeli płuc, inni wreszcie zalecają powściągliwość w jej stosowaniu i ostrożność w ocenie wyników. Promotorzy tej metody sądzą, że alkohol dostaje się bezpośrednio do płuc, gdzie zostaje wchłonięty przez tkankę siateczkowo-śródbłonkową, do której wykazuje pewne powinowactwo; ma on tutaj działać bakterjobójczo.

Z innych środków chemoterapeutycznych próbowano stosowania urotropiny, trypaflawiny, soli złota (Solganal) i t. p., jak dotąd, bez znaczniejszego powodzenia. Do ściśle przyczynowych metod leczenia wewnętrznego ropni i zgorzeli płuc zaliczyć należy stosowanie surowic i szczepionek.

Seroterapja nie zdała zupełnie egzaminu w tej dziedzinie, aczkolwiek opisywane są odosobnione przypadki wyleczenia zapomocą surowicy

(np. *Loeper i Garcin* pokazywali przypadek wyleczonej zgorzeli płuc, w którym w ciągu kilku miesięcy wstrzykiwano codziennie po 110 cm³ surowicy przeciwzgorzelinowej, ogółem w ilości 8 litrów).

To samo, co o seroterapji, można również powiedzieć o leczeniu szczepionkami. Wyniki, otrzymywane zapomocą szczepionek, nie przemawiają na korzyść tej metody leczenia, aczkolwiek i tutaj opisywano przypadki wyleczenia. Tak J. *Hallé, J. Hutinel i Y. Bureau* osiągnęli wyleczenie zapomocą autoszczepionek w dwóch przypadkach ropni płuc, wywołanych przez enterokoki.

Widzimy więc, że żadna metoda leczenia nietylko nie posiada 100% pewności, lecz nawet w znaczniejszym stopniu nie zbliża się do niej. Każda z tych metod posiada gorących zwolenników i nie mniej zaciętych przeciwników. W ocenie wyników leczenia uwzględnić należy fakt, że ostre ropnie i zgorzele płuc posiadają dość dużą skłonność do samowyleczenia, podczas gdy przewlekłe wykazują daleko idącą oporność na wszelkie metody leczenia. W świetle tych faktów należy zachować jak najdalej idący krytycyzm w ocenie metod leczenia wewnętrznego i sceptycyzm w stosunku do zbyt optymistycznie brzmiących sprawozdań. W każdym jednak przypadku niewolno zbyt wcześnie rezygnować z zachowawczych metod leczenia, by zastosować chirurgiczne. Leczenia wewnętrznego nie należy przerywać przed upływem dwóch miesięcy, w ciągu których można wypróbować wszystkie wyżej podane metody. Wysoka gorączka stanowi, zdaniem pewnych autorów, przeciwwskazanie do wkraczania chirurgicznego.

Podobne bogactwo metod, jak leczenie wewnętrzne ropni i zgorzeli płuc, wykazuje również ich leczenie chirurgiczne. Wchodzą tutaj w rachubę odma sztuczna, przecięcie, wyrwanie i alkoholizacja nerwu przeponowego. nakładanie plomby, torakoplastyka, bezpośrednie zaatakowanie ogniska chorobowego (pneumotomia, pneumectomia, lobectomia).

Odma sztuczna posiada wśród wybitnych specjalistów chorób płucnych zarówno gorących zwolenników *(Rist, Ascoli* i inni), jak i surowych przeciwników (*Sergent* i inni). Głównym zarzutem, stawianym odmie sztucznej, jest fakt, że powoduje ona często przebicie ropnia płuc do jamy opłucnowej i powstanie ropniaka opłucnej *(pyopneumo thorax)*. Zwolennicy stosowania odmy podkreślają natomiast, że zdarza się to tylko wtedy, gdy ropień jest położony blisko powierzchni płuca. Wskazaniem więc do odmy sztucznej będą przewlekające się i nie wykazujące skłonności do gojenia się pod wpływem leczenia wewnętrznego ropnie i zgorzele ośrodkowe.

Zabiegi na nerwie przeponowym *(phrenicotomia, phrenicoex—hairesis, alcoholisatio nervi phrenici)*, wskazane są w ropniach i zgorzeli płuc, umiejscowionych u podstawy ich, w dolnych ich płatach. Wstrzyknięciu alkoholu do nerwu przeponowego oddać należy pierwszeństwo nad jego przecięciem i wyrwaniem ze względu na to, że powoduje

ono tylko czasowe wyłączenie tego nerwu, a nie trwałe jego porażenie.

Dobre wyniki daje czasami nakładanie plomby parafinowej (parafina z jwioformem, parafina z węglanem bizmutu) i to zarówno w ropniach górnych, jak i dolnych płatów. W razie istnienia zrostów opłucnowych w szczytach, należy je uprzednio usunąć (zabieg *Jacobaeusa).*

XII Kongres Lekarski, odbyty w r. 1932, którego jednym z tematów programowych było leczenie ropni płuc, stanął na stanowisku tezy Sergenta i *Kourilsky'ego,* że najwłaściwszem postępowaniem w ropniu płuc, który po dwóch miesiącach rozwoju i leczenia wewnętrznego nie wykazuje wyraźnej skłonności do samoistnego wessania się, jest zabieg, atakujący bezpośrednio ognisko chorobowe, przyczem zabiegiem tym w zależności od rozmiarów i położenia ogniska ropnego lub zgorzelinowego będzie *pneumotomia, pneumectomia* lub *lobectomia.* Są jednakże chirurdzy, przestrzegający przed stosowaniem takiego zabiegu, jak *lobectomia,* jako zbyt groźnego dla życia chorych.

Torakoplastyka jest zabiegiem ciężkim i bardzo okaleczającym. Wchodzi ona w rachubę wtedy, gdy wyżej podane zabiegi zawiodą, t. j. pomimo operacji utrzymuje się jama ropna lub zgorzelinowa.

Metoda bronchoskopowa, która znajdowała początkowo bardzo ciasne i ściśle ograniczone zastosowanie w ropniach i zgorzeli płuc, wywołanych przez ciała obce, celem usunięcia tych ciał, zyskuje obecnie coraz większe wzięcie nawet w ropniach i zgorzeli płuc, powstałych na innem tle. Początkowo stosowano ją dla celów drenażu ropni i zgorzeli płuc. Ponieważ okazało się, że bronchografja wywiera korzystny wpływ na przebieg tych procesów, zwrócono uwagę na wprowadzanie drogą dooskrzelową preparatów jodowych (Lipjodol, Jodipin), stosowanych przy bronchografji. Doświadczenie wykazało, że zarówno drenaż bronchoskopowy, jak i wprowadzanie olejów jodowanych drogą dooskrzelową nader pomyślnie wpływa na przebieg ropni i zgorzeli płuc, a nawet może doprowadzić do ich zupełnego wyleczenia. Metoda ta, której głównym propagatorem jest Leon Kindberg, zasługuje w każdymbądź razie na wypróbowanie, zanim się przystąpi do leczenia chirurgicznego.

Zdobyczą ostatnich dwóch lat jest leczenie ropni i zgorzeli płuc djatermją krótkofalową. Jest to metoda bardzo przyjemna, wolna od wszelkich niebezpieczeństw i powikłań. Trudno wydać o niej ostateczny sąd ze względu na jej dotychczas krótkotrwały żywot, jednakże ogłoszone dotąd prace przedewszystkiem jej twórcy Schliephake, a następnie Laqueura, Weinbergera i innych są nader zachęcające. Jedną z wad jest stosunkowo znaczna jej kosztowność.

Jak widać z powyższego, na metodach leczenia ropni i zgorzeli płuc zarówno wewnętrznych, jak i chirurgicznych, laryngologicznych, fizykalnych nie zbywa nam. To bogactwo metod leczenia jest jednakże dowodem, że żadna z nich nie jest bezwzględnie pewną tak, że nie

może wyprzeć dotychczas innych. Przyczyna tego tkwi prawdopodobnie w fakcie, że etjologja i patogeneza ropni i zgorzeli płuc są niejednakowe tak, jak niejednakowem jest ich umiejscowienie, podłoże bakterjologiczne i przebieg. Leczenie tych spraw nie będzie prawdopodobnie i w przyszłości jednolitem, a zadaniem przyszłych badań w tej dziedzinie będzie ustalenie najwłaściwszej metody leczenia dla każdego rodzaju ropni i zgorzeli płuc.

Streszczenia

H. Flurin. **Rozstrzeń oskrzeli i jej leczenie za pomocą wód mineralnych.** (La dilatation des bronches et son traitement hydrominéral). Paris Médical Nr. 16, 1934.

Anatomo-kliniczne dane, opisane przez Laennec'a w roku 1819, są do chwili obecnej najbardziej wyczerpującem i klasycznem źródłem nauki o rozstrzeni oskrzelowej. Ostatnio badanie rentgenowskie za pomocą lipiodolu dało podstawę do dokładniejszego poznania tego cierpienia.

Rozstrzeń oskrzelowa jest cierpieniem o przebiegu zmiennym. Po okresach zaostrzenia sprawy występują okresy poprawy.

Patogeneza nie jest jednolita. Wchodzą tu w rachubę następujące czynniki: dziedziczność, kiła, gruźlica, sprawy ropne oskrzelowo-płucne.

Dużą rolę ma czynnik zakaźny. Pod wpływem ostrych, nawrotowych i przewlekłych zapaleń ścianka oskrzela ulega uszkodzeniu w zakresie śluzówki i warstwy włóknisto-mięśniowej. Zatracają się sprężystość i opór ścianki oskrzeli. Wskutek ciśnienia powietrza oskrzela ulegają rozciągnięciu. Zmiany te możnaby porównać do tętniaka, który tworzy się w tętnicy o upośledzonej otoczce środkowej.

Zakażenie oskrzeli, poprzedzające rozstrzeń, może być pospolitym nieżytem oskrzeli. Zstępujące nieżyty nosowo-oskrzelowe (rhino-bronchites) są bardzo częste. Wymienione nieżyty wywołują rozedmę i marskość płuc (sclerose pulmonaire), zaś rozstrzeń oskrzelowa jest bardzo rzadko następstwem nieżytu oskrzelowego.

Aby doszło do rozstrzeni oskrzelowej, zmiany zapalne muszą odznaczać się dużem nasileniem, które musiałoby doprowadzić do znacznego uszkodzenia ścianki oskrzela.

Podrażnienie dróg oddechowych ma być tak znaczne, jak przy ciałach obcych w oskrzelach. Doświadczalnie właśnie udało się wywołać zmiany, podobne do rozstrzeni oskrzelowej, wprowadzając do oskrzeli obce ciała. Dlategoteż przy rozstrzeni oskrzelowej u dzieci należy zawsze myśleć o ciałach obcych w oskrzelach. Usunięcie ciała obcego może w tych przypadkach sprowadzić całkowitą poprawę.

Zakażenie nie zawsze umiejscawia się w jamie oskrzela. Czasem zakażenie może być krwiopochodne i wówczas zająć tkankę około-

oskrzelową. Doświadczalnie wywoływano u szczurów nieżyt oskrzeli z rozstrzenią, wstrzykując do jamy otrzewnej pewną odmianę gronkowca. Dowodzi to również, iż mogą istnieć ropnie, powodujące rozstrzeń oskrzelową (abcès bronchiectasiants). Duża ilość przypadków rozstrzeni oskrzelowej jest poprzedzona przez t. zw. okres posocznicowy.

Duże znaczenie mają sprawy zapalne w płucach w przebiegu krztuśca i różyczki.

Czynnik wrodzony. Przy badaniu pośmiertnem płodów stwierdza się często torbielowate rozstrzenie, pochodzące z okresu życia płodowego.

Według Bard'a istnieje choroba torbielowata płuc, którą możnaby porównać do schorzeń torbielowatych innych narządów. Wymienione zmiany mają przebieg utajony, dopiero nawrotowe zmiany w płucach wywołują ciężką rozstrzeń oskrzeli. Według Sauerbruch'a sprawa jest w 80% pochodzenia wrodzonego i dotyczy dolnego lewego płata.

Kiła. Kiła jest często przyczyną wrodzonej rozstrzeni oskrzelowej. Przemawia za tem ta okoliczność, iż przy badaniu pośmiertnem płodów kiłowych częste są rozstrzenia oskrzelowe.

Nie wszyscy autorzy podzielają pogląd o pochodzeniu kiłowem rozstrzeni oskrzelowej, tembardziej, iż leczenie swoiste nie daje poprawy.

Gruźlica. Według Bernard'a niektóre suche postacie rozstrzeni oskrzelowej są odmianą gruźlicy włóknistej. Doświadczalnie udało się wywołać u świnek morskich za pomocą łagodnego zakażenia gruźliczego zmiany, podobne do rozstrzeni oskrzelowej.

Gazy bojowe mogą spowodować rozedmę, zapalenie śródpiersia i rozstrzeń oskrzelową.

Schorzenia ropne oskrzelowo-płucne. Następujące sprawy mogą przebiegać łącznie z rozstrzenią oskrzelową:

1) Ropień płuc może poprzedzać rozstrzeń oskrzelową (abcès bronchiectasiant).

2) Rozstrzeń oskrzeli wyprzedza ropień. Jest to rozstrzeń, powikłania ropniem (bronchiectasie abcédée).

3) Wymienione dwie sprawy rozwijają się jednocześnie.

Dzięki badaniu rentgenowskiemu za pomocą lipiodolu można odróżnić rozstrzenie oskrzelowe od ropnego nieżytu oskrzeli z zaleganiem ropy.

Leczenie. Zabieg chirurgiczny jest możliwy tylko w tym wypadku, jeżeli sprawa jest jednostronna i ściśle ograniczona. Wchodzą wówczas w rachubę leczenie uciskowe (collapsothérapie), przecięcie nerwu przeponowego i torako-plastyka. Niekiedy może być wskazane wycięcie rozstrzeni za pomocą usunięcia odnośnego płata (lobectomie).

Założenie odmy sztucznej jest czasem niemożliwe z powodu zrostów. W niektórych przypadkach stwardnienie płuc około-oskrzelowe niweczy uciskowe działanie odmy. Przecięcie nerwu przeponowego

(phrénicotomie) jest wskazane, gdy sprawa jest umiejscowiona na podstawie płuca. Wymieniony zabieg może być skutecznym jeżeli są zachowane następujące warunki: wolna przepona, której ruchy nie są powstrzymywane przez zrosty, brak względnie nieznaczne stwardnienie tkanki około - oskrzelowej.

Torakoplastyka może być niebezpieczna, gdyż z powodu gwałtownego ucisku na ognisko może nastąpić szerzenie się sprawy zapalnej.

Najlogiczniejszą jest lobektomja. Jednak niebezpieczeństwo przy tym zabiegu jest znaczne.

B r o n c h o s k o p o - t e r a p j a jest metodą leczenia z wyboru. Dzięki bronchoskopoterapji można oczyścić oskrzela, aspirować wydzielinę i zastosować wstrzykiwania odkażające. Metoda ta jest bardzo skuteczna.

L e c z e n i e f a r m a k o l o g i c z n e jest leczeniem objawowem i ma na celu zmniejszenie ilości wydzieliny oskrzelowej. Stosuje się nalewkę czosnkową, podsiarczan sodu (hyposulfite de soude), podskórne wstrzykiwania rozczynów gwajakolu, eukaliptolu, jodoformu w oliwie. Środki te również obniżają gnicie zalegającej w oskrzelach wydzieliny. Koniecznem jest również podawanie środków, pobudzających krążenie.

Leczenie szczepionką własną przeważnie zawodzi. Przy zaostrzeniu sprawy można stosować wstrzykiwania alkoholu.

Leczenie przeciwkiłowe jest wskazane w przypadkach o etjologji kiłowej.

L e c z e n i e z d r o j o w e. Pomyślnie działają wody mineralne, zawierające siarkę. Siarka jest doskonałym środkiem przy przewlekłych nieżytach oskrzeli. Jest to lek bakterjobójczy, przeciwnieżytowy i wykrztuśny.

Podawanie siarki może zapobiec rozstrzeni oskrzelowej u osobników osłabionych, dotkniętych cierpieniem oskrzeli. To samo dotyczy długotrwałych odoskrzelowych zapaleń płuc.

Powtarzające się kuracje siarkowe wraz z metodami odkażania wewnątrz — oskrzelowego obok klasycznego leczenia przedłużają życie chorych z rozstrzenią oskrzelową na długie lata.

Wskazane jest również leczenie klimatyczne, tembardziej, iż w licznych przypadkach rozstrzeni oskrzelowej może przyłączyć się zakażenie gruźlicze.

R. Boller. **Leczenie przewlekłego zapalenia dokoła pęcherzyka żółciowego przy rzeżączkowych schorzeniach przydatków.** (Die chronische Pericholecystitis bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen und ihre Behandlung). Klinische Wochenschrift Nr. 33, sierpień 1934.

Odróżnienie zapalenia dokoła pęcherzyka żółciowego od zapalenia dokoładwunastniczego jest bardzo trudne. Liczni autorzy łączą obie te sprawy w pojęciu zapalenia okołotrzewiowego (p e r i v i s c e r i t i s).

Zrosty pęcherzyka żółciowego z sąsiedniemi narządami mogą być nieprawidłowością wrodzoną. Podczas napadu bólów pociągnięcie zrostu

przez jelito grube może spowodować ustawienie kątowe pęcherzyka żółciowego. Z powodu owego ustawienia zostaje zahamowany odpływ żółci.

Wrzód dwunastnicy daje zrosty między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą lub jelitem grubem. Bóle przy zrostach w odróżnieniu od bólów w przebiegu wrzodu dwunastnicy są niezależne od przyjmowania pokarmów.

Istnieją 2 postacie zapalenia dokoła pęcherzyka żółciowego:

1) schorzenie, które rozwija się w związku ze sprawą zapalną w układzie żółciowym pozawątrobowym. Schorzenie to nie ustępuje po wycięciu pęcherzyka żółciowego (cholecystectomia).

2) samoistne zapalenie okołodwunastnicze (essentielle Periduodenitis), które nie zależy etjologicznie od spraw zapalnych pęcherzyka żółciowego, jelita grube i sieci. Samoistne zapalenie dokoła dwunastnjcy trudno odróżnić od wrzodu dwunastnicy.

Zapalenie dokoła pęcherzyka żółciowego może mieć przebieg zupełnie podobny do k a m i c y żółciowej. Występują wówczas żółtaczka, biegunki i wymioty. Chorzy, dotknięci zapaleniem dokoła pęcherzyka żółciowego, należą do typu neurasteników lub osobników chwiejnych pod względem psychicznym. Dotyczy to również chorych, którzy zapadają na pooperacyjne zapalenie pęcherzyka żółciowego. Pooperacyjne zapalenie dokoła pęcherzyka żółciowego stanowi jedyne tego rodzaju schorzenie, które jest jednoznaczne pod względem etjologicznym. Niekiedy wyrostek robaczkowy jest źródłem pochodzenia zrostów dokoła pęcherzyka żółciowego. W przypadkach takich wycięcie wyrostka robaczkowego wywiera pomyślny wpływ na przebieg sprawy chorobowej. Jednak doświadczenie licznych autorów poucza, iż ani usunięcie pęcherzyka żółciowego ani wycięcie wyrostka robaczkowego nie pociągają za sobą ustąpienia dolegliwości dokoła pęcherzyka żółciowego. Istnieją odosobnione spostrzeżenia, iż zachodzi związek między sprawami zapalnemi w miednicy małej a zapaleniem dokoła pęcherzyka żółciowego.

Niekiedy występują bóle w prawem nadbrzuszu kilka tygodni po przebyciu schorzenia rzeżączkowego narządów rodnych. W tych przypadkach leczenie jest zazwyczaj skuteczne. Należy zaznaczyć, iż pozatem naogół wszelkie zabiegi przy przewlekłem zapaleniu dokoła pęcherzyka żółciowego pozostają b e z s k u t k u. Wycięcie wyrostka, usunięcie pęcherzyka, usunięcie zrostów (Adnäsionslyse) nie prowadzą do celu.

W przytoczonych 18 przypadkach wystąpiły dolegliwości dokoła pęcherzyka żółciowego po przebytem zapaleniu przydatków. Zapalenie rzeżączkowe jajowodu lub jajnika poprzedzało na kilka tygodni lub miesięcy wystąpienie bólów w prawem nadbrzuszu. Odczyn odchylenia dopełniacza gonokokowego (Müller — Oppenheim) był we wszystkich przypadkach dodatni. Przeważnie stwierdzono w wydzielinie pochwy gramujemne dwoinki wewnątrzkomórkowe. W prawem nadbrzuszu wy-

stępowała wyraźna bolesność uciskowa. Niekiedy wyczuwał się pęcherzyk żółciowy. Objaw nerwu przeponowego był dodatni w $^1/_3$ przypadków. Gynekologicznie rozpoznawano zapalenie jajnika lub guz przydatków. Powyższym objawom towarzyszyły stany podgorączkowe. Ilość leukocytów wahała się między 6000 a 10.000. Wypełnienie pęcherzyka żółciowego jodtetragnost'em oraz nagłe opróżnienie po podaniu żółtka jaja wypadły prawidłowo we wszystkich przypadkach. Próba z galaktozą ujemna.

Zastosowano wstrzykiwania gonowakcyny. Po wstrzyknięciu 0,1 ccm gonowakcyny wystąpiła typowa kolka pęcherzyka żółciowego. Napadowi towarzyszyły silne bóle w prawem nadbrzuszu z promieniowaniem do łopatki, wymioty i uczucie zatracenia (Vernichtungsgefühl). Wspomniane napady kolki żółciowej należy uważać za znamienne dla tego rodzaju zapaleń dokoła pęcherzyka żółciowego.

Całkowita kuracja składała się z 5 — 10 wstrzykiwań gonowakcyny w dawce od 0,1 — 0,8 ccm. We wszystkich przypadkach nastąpiło wyleczenie. Wśród chorych była jedna, którą dwukrotnie poddawano zabiegom operacyjnym bez skutku. Dopiero po 7 wstrzyknięciach 0,1 — 0,5 ccm. gonowakcyny nastąpiło wyleczenie.

Wiele danych przemawia na korzyść etjologji rzerzączkowej powyższych zapaleń dokoła pęcherzyka żółciowego. Najważniejszym dowodem jest wystąpienie napadu kolki żółciowej po ustrzyknięciu gonowakcyny. Inne środki gorączkowe (Fiebermittel) nie powodowały takiego napadu. Dodatni wynik leczenia gonowakcyną również świadczy o etjologji rzeżączkowej, tembardziej, iż naogół sprawy te rzadko wykazują skłonność do poprawy.

Na podstawie 18 przypadków zaobserwowanych w ciągu 4 lat autor twierdzi, iż rzeżączkowe zapalenie dokoła pęcherzyka żółciowego (p e r i c h o l e c y s t i t i s g o n o r r h o i c a) jest sprawą stosunkowo nie rzadką. Sprawa ta może być wyleczona gonowakcyną.

Blum. **Wczesne rozpoznanie gruźlicy nerek.** (Frühdiagnose der Nierentuberkulose). Die ärztliche Praxis Nr. 9 wrzesień 1934.

Ostatnio zmniejszył się odsetek przypadków gruźlicy nerek.

Pomyślne wyniki wycięcia nerki zależą w pierwszym rzędzie od wczesnego zapoznania.

Przy ustaleniu wczesnego rozpoznania ma duże znaczenie występowanie rodzinne gruźlicy nerek.

Należy doszukiwać się również innych schorzeń gruźliczych. Gruźlica płuc współistnieje przy gruźlicy nerek tylko w 60%. O wiele ważniejsze są ogniska gruźlicze w zakresie gruczołów chłonnych, kości i stawów.

Ogólne objawy (lekka gorączka, poty nocne, wychudnięcie) przy braku objawów ze strony dróg moczowych nie mogą służyć podstawą do rozpoznania.

Decydujące znaczenie mają oznaki ze strony układu moczowego. Chodzi tu o jednostronne bóle w okolicy nerkowej. Bóle mogą mieć charakter rozlany i uciskający lub też mogą wystąpić napady bólowe o typie kolki nerkowej. Jeżeli badanie rentgenowskie nie wykrywa kamicy nerkowej, wówczas należy podejrzewać gruźlicę nerek. Zwłaszcza dotyczy to przypadków, przebiegających z białkomoczem i dużą ilością leukocytów w moczu.

Stosunkowo często mylnie rozpoznaje się zapalenie wyrostka robaczkowego we wczesnym okresie gruźlicy nerek. Dokładne badanie moczu może w tym wypadku zapobiec błędnemu rozpoznaniu.

Duże znaczenie ma obecność ropy i krwinek w osadzie moczu, zanim wystąpią zaburzenia w oddawaniu moczu. Wskazanem jest nadto badanie moczu na prątki gruźlicy oraz wykonanie cystoskopji pęcherza moczowego.

Jeżeli istnieją dolegliwości pęcherzowe u osobnika, który nie przechodził zakażenia wenerycznego, i mocz zawiera białko, krwinki i leukocyty, wówczas należy myśleć o rozpoczynającej się gruźlicy nerek.

Krwiomocz czasem można wykazać jedynie drobnowidzowo. Chorzy często się skarżą wówczas na ból przy końcu oddawania moczu. Domieszka krwi w moczu może być różnego stopnia. Nawet drobne ogniska gruźlicze na szczycie brodawki mogą spowodować nadżerkę naczyń i silny krwotok jednostronny. Jest to wczesny objaw gruźlicy nerek.

Ropa w moczu budzi podejrzenie w kierunku gruźlicy nerek, jeżeli mocz ma odczyn kwaśny i nie zawiera drobnoustrojów jak gonokoki, prątki okrężnicy i gronkowce. W tym wypadku należy wykonać barwienie osadu według Ziel-Neelson'a oraz wykonać szczepienie moczu na śwince morskiej. Można również sporządzić hodowlę z osadu.

Przy badaniu cystokopowem stwierdza się wyraźną różnicę wyglądu ujścia moczowodów. Jednostronny obrzęk ujścia moczowodu z guzkami i owrzodzeniami w najbliższem otoczeniu jest znamienny dla gruźlicy nerek. Podobne owrzodzenia stwierdza się również w innych miejscach pęcherza moczowego. Próba czynnościowa za pomocą cystochrom-indygokarminu wykazuje prawidłowe wydalenie barwnika po stronie zdrowej, upośledzone oraz opóźnione — po stronie chorej.

Cewnikowania moczowodów należy unikać wobec niebezpieczeństwa przeniesienia zakażenia, gdy są owrzodzenia w obrębie pęcherza. Zresztą dożylna pyelografja pozwala ocenić, po której stronie sprawa się toczy, stopień i rozległość uszkodzeń gruźliczych oraz stan czynnościowy drugiej nerki.

Jeżeli badanie osadu za pomocą metody Ziel-Neelson'a zawodzi, wówczas należy sporządzić hodowlę według Löwenstein'a lub też hodowlę na krwi. Niekiedy konieczne jest szczepienie na śwince morskiej.

W każdym wypadku, gdzie się stwierdza ropę w moczu i przy barwieniu nie wykrywa się żadnych drobnoustrojów, lekarz winien myśleć o gruźlicy nerek.

Odczyn Pirquet'a, Calmette'a oddaje usługi w przypadkach ropomoczu u dzieci. U osób dorosłych rozstrzyga sprawę odczyn Wildbolz'a z własnym moczem (Wildbolzche Eigenharnreaktion).

H. Lehudorff. **Objaw zwiększonej śledziony w wieku dziecięcym.** (Das Symptom Milztumor im Kindesalter). Die ärztliche Praxis Nr. 9, wrzesień 1934.

U dzieci o wiele częściej stwierdza się zwiększoną śledzionę niż u dorosłych, co tłumaczy się szczególnym rozwojem układu chłonnego.

W licznych przypadkach zwiększenie śledziony jest objawem towarzyszącym. Są to zwiększenia śledziony w przebiegu duru, zimnicy, posocznicy, kiły niemowląt. Należą tu również obrzęki pozakaźne śledziony przy zapaleniu płuc, pęcherza i miedniczek. Zwiększenie śledziony jest w tych przypadkach potwierdzeniem rozpoznania.

W innych razach zwiększenie śledziony jest objawem przewodnim (Hinweissymptom), który dopiero daje powód do dalszych badań jak odczyn Wassermanna, próby tuberkulinowe, morfologiczne i biologiczne badania krwi, badania moczu i stolca.

Splenomegalia nie zawsze jest to samo, co splenopathia. Duża śledziona nie oznacza jeszcze schorzenia śledziony. Takie same zwiększenie narządu dają rozrost miazgi, bujanie zrębu oraz nacieczenie białaczkowe i ziarnicowe.

Przy badaniu rozstrzyga przesuwalność śledziony przy ruchach oddechowych. Nadto znaczenie orjentacyjne mają wcięcia śledziony (Einkerbungen). W przypadkach wątpliwych należy wypełnić jelita lub badać obraz rentgenowski po odmie otrzewnowej (Pneumoperitoneum).

Zmniejszenie śledziony po wstrzyknięciu 0,5 ccm adrenaliny występuje nie zawsze.

Lienografja za pomocą thorotrastu jest niebezpieczna.

Nakłucie wskazane jest w przypadkach wyjątkowych i przy dużej śledzionie. Wchodzą tu w rachubę Kala - Azar, Morbus Gaucher, choroba Pick—Niemann'a, ziarnica i gruźlica śledziony. Przy białaczce i thrombopenji nakłucie może spowodować niebezpieczne krwawienie.

Należy uwzględnić czynniki konstytucjonalne, a więc skazę wysiękową i limfatyzm. U wielu dzieci obok wyprysku, pokrzywki, nawrotowych nieżytów i polyadenji stwierdza się szeroką twardą śledzionę. Możliwem jest, że występuje tu nie skłonność do zwiększenia śledziony, lecz następstwo spraw zakaźnych. Krzywicza splenomegalia nie istnieje, chodzi tu również o kilkakrotne zakażenia.

We wieku dziecięcym rozpoznanie może być trudnem, gdy obok dużej śledziony istnieją niewyraźne objawy ogólne jak niedokrwistość,

gorączka i wychudnięcie. Badanie krwi pozwala wówczas wykluczyć myelozy i lymfadenozy. Anaemia pseudoleukemica daje erythro-blastozę na tle obrazu krwi jak przy niedokrwistości. W przebiegu wrodzonej kiły stwierdza się dużą twardą śledzionę. Przy gruźlicy ogólnej rzadko występuje zwiększenie śledziony. Duża śledziona, stany podgorączkowe i osłabienie ogólne wskazują na odosobnioną gruźlicę śledziony. Rozpoznanie opiera się niekiedy na polyadenji. Duża śledziona przy niedokrwistościach hemolitycznych nie nastręcza trudności rozpoznawczych. W tym wypadku istnieje triada kliniczna: niedokrwistość, żółtaczka i obrzęk śledziony. Nadto występuje triada hematologiczna: mikrocytoza, zmniejszenie oporności i zwiększenie poziomu bilirubiny w surowicy.

Trudno niekiedy rozpoznać odosobnioną ziarnicę śledziony (lymfogranulomatois). Nierówność powierzchni śledziony prowadzi wówczas do właściwego rozpoznania. Znaczenie rozpoznawcze mają typ powrotny gorączki, dodatni odczyn dwuazowy, polynucleoza i limfopenja we krwi.

Przy gorączce gruczołowej zwiększona śledziona może nastręczać trudności, gdy gruczoły są drobne. Występuje wówczas limfomonucleoza z licznemi komórkami plazmatycznemi.

W przebiegu różyczki po ustąpieniu wysypki pozostaje niekiedy zwiększenie śledziony.

Ze schorzeń na tle zakażenia pierwotniakami należy wymienić zimnicę i Kala - Azar.

Co do choroby Werlhoff'a, należy zaznaczyć, iż we wieku dziecięcym sprawa ta przebiega bez zwiększenia śledziony.

Bardzo rzadko spotyka się t. zw. niedomogę śledziony, przebiegającą z olbrzymią śledzioną i eozynofilją.

Przewlekłe zapalenie zakrzepowe (thrombosis) i zwężenie żył śledziony można rozpoznać dopiero, gdy wystąpi krwotok żołądkowy z powodu pęknięcia żylaków w zakresie żołądka. Należy wykluczyć w tych razach wrzód żołądka i gruźlicę.

Choroba Gaucher'a odznacza się przewlekłym przebiegiem. Śledziona dochodzi do olbrzymich rozmiarów. Sprawie towarzyszy postępujące charłactwo. Wątroba również ulega zwiększeniu. Skóra nabiera żółtawego pigmentowania.

Choroba Pick—Niemann'a występuje u niemowląt wśród żydów wschodnich. Bardzo często sprawie towarzyszą ślepota i otępienie umysłowe. W ciągu kilku miesięcy następuje śmierć.

Istnieje zespół zwiększonej wątroby i śledziony, dawniej oznaczany nazwą choroby Banti'ego. Wymieniony zespół może wystąpić przy różnych sprawach toksycznych i zakaźnych, które toczą się w obrębie żyły wzrotnej. Wchodzą tu w rachubę: marskość wątroby na tle nadużycia alkoholem, kiła, zapalenie dróg żółciowych, zastój induracyjny w przebiegu zrostów serca (concretio cordis) i zapalenie okołośledzionowe na tle zapalenia błon surowiczych.

W nielicznych przypadkach ustalenie właściwego rozpoznania jest niemożliwe. Chodzi tu prawdopodobnie o sprawy pozakaźne. Tak samo, jak po gorączce gruczołowej (Drüsenfieber) przez długie miesiące utrzymuje się zwiększenie gruczołów (limfadenitis), może zwiększenie śledziony przetrwać po zakażeniach i wydawać się sprawą pierwotną. W wyjątkowych przypadkach nawet badanie pośmiertne nie wyjaśnia sprawy.

Wedekind. **Leczenie złośliwej błonicy**. (Die Behandlung der malignen Diphterie). Therapie der Gegenwart, Nr. 9, wrzesień 1934.

Ostatnio stosunkowo częste są przypadki złośliwej błonicy. Na plan przedni występują septyczno-toksyczne zaburzenia serca i naczyń. Nadto w przebiegu złośliwej błonicy występują zmiany w nerkach i nadnerczach. Klinicznie stwierdza się wówczas hypoglikemję, hypocholesterynemję i spadek ciśnienia krwi. Przy wielotrzewnych (pluriviscералen), zatruciach uszkodzenia nerek i nadnerczy jest główną przyczyną śmierci.

Według Hattinger'a w roku 1920 błonica złośliwa występowała w 10,2% ogólnej ilości przypadków błonicy, śmiertelność zaś wynosiła 50%. Niekiedy przebieg był bardzo szybki, w ciągu 20 godzin występował obraz ciężkiego zatrucia. W innych przypadkach groźne powikłania zjawiały się po kilkudziesięciu dniach.

Niska gorączka świadczy o złem rokowaniu. Ciśnienie poniżej 55 mm. Hg. jest oznaką bardzo niepomyślną.

Niebezpieczne są wymioty pochodzenia mózgowego. Bóle brzucha są wówczas spowodowane wzmożonem napięciem torebki wątroby i nerek. Zwiększenie diurezy jest oznaką pomyślną.

Naloty w gardzieli ustępują bardzo powoli.

Engel wskazuje na przesunięcie obrazu krwi na lewo oraz myelocyty. Mommsen opisuje ziarnistości patologiczne w neutrofilach.

Znane są przypadki zapaleń wsierdzia. Często elektrokardiograf wskazuje przy braku innych groźnych objawów na ciężkie uszkodzenia serca (zmiany zespołu komorowego, dotyczące załamka początkowego i końcowego).

Z pośród 23 przypadków, gdzie stwierdzono różne odmiany bloku sercowego, zgon nastąpił w 21 przypadkach.

Złośliwy przebieg zależy od występowania zakażenia mieszanego paciorkowcami.

Przy leczeniu złośliwej błonicy należy przedewszystkiem stosować surowicę jaknajwcześniej, nie czekając na wyniki badania bakterjologicznego. Najlepiej podawać surowicę domięśniowo, dożylnie lub dolędźwiowo.

Hottinger radzi podawać 100.000 jednostek częściowo domięśniowo częściowo dożylnie lub dolędźwiowo. Scirmai wstrzykiwał $1/2$ miljona jednostek.

Niektórzy autorzy zalecają surowicę przeciw drobnoustrojom, współżyjącym z prątkami błonicy (Symbioseserum).

Knauer zaleca leczenie neosalvarsanem, I dzień 0,15 neosalvarsanu dożylnie lub 0,3 myosalvarsanu domięśniowo. II i III dzień po 0,15—0,3 neosalvarsanu.

Usiłowano leczyć złośliwą błonicę za pomocą przetaczania 400—500 ccm. krwi ozdrowieńców.

Jako środki, działające na krążenie, stosuje się sympatol, przy ostrych zaburzeniach koramina i cardiasol. Adrenalinę można stosować tylko w pierwszych dniach.

Wobec zajęcia przysadki wskazane są wyciągi przysadki. Przy objawach schorzenia mięśnia sercowego wskazanem jest eutonon, który rozszerza naczynia wieńcowe.

Dobrze działają wysokoprocentowe rozczyny dekstrozy, podane dożylnie oraz wstrzykiwania wapnia.

Heubner zaleca doustnie strychninę kilka razy dziennie w miligramach.

Przy zapaleniach nerwów działa pomyślnie tyroksyna.

Leczenie przyczynowe może być skuteczne, jeżeli ogólne zatrucie nie jest znaczne. Na pierwszym planie jest zawsze leczenie surowicą antytoksyczną.

Leczenie objawowe winno być ściśle indywidualizowane. Zwłaszcza wymagają czujności stosunki przewodnictwa w zakresie serca.

* * *

Dr. med. Wł. Serafin, lekarz Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

Autor zwraca uwagę na wynik badania „Pudru Bébé Szofmana", a mianowicie na jego jałowość i własności hamujące rozwój bakterji, a w szczególności staph. aureuus i staph. albus, przyczem silniejsze w stosunku do staph. albus.

Dr. med. A. Wald. **Dwie ciężkie zamartwice po uśpieniu avertynowem.**

Doniesienie o 2 przypadkach porażenia ośrodka oddechowego avertyną. Porażenie wystąpiło b. wcześnie. Zwykłemi środkami, działającemi na ośrodek oddechowy, jak kofeina, kardiazol, kamfora, lobelina, inhalacje dwutlenku węgla etc. nie osiągnięto żadnej poprawy. Coramina w małych dawkach również nie działała. Natomiast po dużych dawkach Coraminy (w 1-ym przypadku 2 razy po 5 ccm., w drugim — 10 ccm. dożylnie) nastąpiło momentalne przebudzenie. Zaleca się w podobnych

przypadkach asfiksji poavertynowej wlewać dożylnie tyle Coraminy (5—10 ccm., ewent. nawet więcej), ile potrzeba do przebudzenia się pacjenta, wstrzykując jednocześnie kilka ccm. domięśniowo, które posłużą za dépot, utrzymujące chorego w stanie bezsenności. Inne środki, zalecane przy zaburzeniach ośrodka oddechowego w narkozie avertynowej stoją dopiero poza Coraminą.

E. Laduron. **Znieczulenie kręgowe i perkaina.** (Rachianesthésie et Percaine. Lyon Chirurgical, 1933, tome XXX, Nr. 1, p. 37—47.

Poza nieznacznemi niedogodnościami autor ocenia znieczulenie kręgowe jako wielki postęp w stosunku do dawniejszych sposobów postępowania.

W pierwszym szeregu zalet stoi godna uwagi trwałość znieczulenia, pozwalające na dokonywanie bardzo skomplikowanych operacyj bez potrzeby uciekania się do ogólnego uśpienia. Perkaina, jeżeli nie zupełnie usuwa wszelkie bóle pooperacyjne, to jednak zaoszczędza choremu często nieznośnych cierpień w ciągu pierwszych godzin po operacji i już to samo wystarczyć powinno dla udzielania pierwszeństwa perkainie przed innemi środkami pokrewnemi.

Znieczulenie perkainą zadowalnia każdego dzięki znacznemu zwiotczeniu mięśni i rzadkiemu pojawieniu się wymiotów, tak uciążliwych dla chorego.

Perkaina jest mniej trująca od innych przetworów, a wskutek tego mniej szkodliwa dla wątroby i nerek.

Powstało przeto nowa metoda znieczulenia, zasługująca na powszechne zastosowanie i stanowiąca bezwarunkowo wielki postęp po drodze, zmierzającej do wykrycia idealnego środka znieczulającego.

K. Kissling. **Leczenie biegunek letnich włącznie ze swoistemi zakażeniami jelitowemi.** (Die Behandlung der Sommerdiarrhoen mit Einschluss der spezifischen Darminfektionen) Therapie der Gegenwart, Nr. 9, wrzesień 1934.

Leczenie jest tem skuteczniejsze, im prostsze.

Przy lekkich dolegliwościach żołądkowo-jelitowych wystarczy głodówka przez pół dnia, aby sprawa szybko przeminęła.

Jeżeli są wymioty i uporczywe biegunki, wymagane jest ścisłe leczenie. Koniecznem jest leżenie w łóżku.

Przetworów makowca należy unikać, gdyż powodują one zaleganie w ustroju toksyn, drobnoustrojów i produktów gnilnych. Bardziej celowe jest stosowanie środków przeczyszczających, które usuwają z jelit bakterje i jady. Najlepiej podawać rycynę lub kalomel w odpowiedniej dawce.

Ostatnio leczenie jabłkowe okazało się bardzo skutecznem nietylko przy biegunkach z wymiotami (Brechdurchfälle), lecz również przy biegunkach na tle duru rzekomego i czerwonki.

Heisler udowodnił jeszcze w roku 1913, że wyłączne podawanie papki z surowych jabłek ma bardzo pomyślne działanie. Najlepiej używać jabłek kwaśnych. Moro zaleca stosowanie jabłek dojrzałych i kruchych (mürbe). Jabłka takie mają być roztarte na szklanej tarce. Podaje się 5 razy dziennie po 100—300 gr., co odpowiada 7—20 jabłkom dziennie. Dzięki powyższemu leczeniu szybko ustępują bóle jelitowe, biegunki i parcie (tenesmus). Stolce bardzo często w ciągu jednego dnia stają się prawidłowe i uformowane. Chory może odrazu przejść na zwykłe pożywienie. Jednak lepiej jeszcze przez 1—2 dni stosować oszczędzającą dietę przejściową. Gorączka opada, wysuszenie ustroju ustępuje, spadek wagi chorego zostaje powstrzymany.

Nie wszyscy autorzy potwierdzają powyższe wyniki. Prawdopodobnie nie zawsze używano dostatecznej ilości jabłek. U osób dorosłych należy w ciągu 24 godzin podać conajmniej 3 funty jabłek ($1\frac{1}{2}$ kilo). Najlepsze wyniki można osiągnąć, gdy chory zjada 4 funty jabłek dziennie.

W tych przypadkach, gdy chory czuje odrazę do jabłek, należy dodać trochę bananów. Można także zamiast jabłek stosować proszek jabłkowy „Aplona", którego 100 gr. odpowiada 1000 gr. świeżych jabłek.

Jeżeli po pierwszym dniu jabłkowym biegunki nie ustąpiły zupełnie, należy zalecić drugi dzień jabłkowy.

W tym wypadku, gdy niema objawów nadmiernego wysuszenia ustroju, podawanie płynów jest zbędne, gdyż jabłka całkowicie pokrywają zapotrzebowanie na pożywienie i płyny. Przy skargach na pragnienie można choremu podawać łyżeczkami herbatę. Podskórne wstrzykiwania rozczynu NaCl jest wskazane przy nadmiernem wysuszeniu.

Dieta jabłkowa nie jest dietą głodową, stąd wytwarzanie zaczynów w ustroju nie ulega upośledzeniu.

Po osiągniętej poprawie niekiedy występują nawroty. Nawroty mogą być niekiedy spowodowane spożyciem innego pożywienia prócz jabłek. W tym wypadku należy ponownie zalecić 1—2 dni jabłkowe W okresie poprawy posiłki składają się z kleików, sago - tapioki (ewentualnie z czerwonem winem), kakao na wodzie, sucharków, białego chleba z masłem, grysików.

U chorych gorączkujących zaleca się pęcherz z lodem na brzuch, co najlepiej zwalcza bóle i parcie. Autor jest przeciwny stosowaniu gorących okładów.

Przy wysuszeniu ustroju i drgawkach najlepiej stosować dożylne wlewanie rozczynu fizjologicznego soli w ilości od 1—2 litrów u dorosłych. Działanie rozczynów fizjologicznych, podanych dożylnie jest bardzo szybkie i pomyślne. Osiąga się w ten sposób odpowiednie wypełnienie układu naczyniowego i rozcieńczenie krążących tokstyn.

Bardzo ważne jest utrzymanie sprawności krążenia. Przy złem tętnie można dodać do rozczynu fizjologicznego soli kardiasol, kóraminę.

Najlepiej stosować 2 ccm. 20% olejku kamforowego co 1/2—1 godziny. Bardzo celowem jest doposladkowe wstrzykiwanie 5—10 ccm. olejku kamforowego, który tworzy wówczas większy zasób (Depot), chroniący chorego od zapaści.

Jeżeli się nie stosuje diety jabłkowej, wówczas wchodzą w rachubę metody klasyczne. Zaleca się wówczas na początku głodówkę oraz jednokrotnie lub dwukrotnie 15—20 ccm. ol. Ricini. Celem zaspokojenia pragnienia podaje się zimną herbatę lub lodowatę wodę z konjakiem (20 : 200).

Autor przy cięższych postaciach nieżytu żołądkowo-jelitowego i czerwonce stosował kalomel. Należy podawać kalomel w godzinach rannych 0,3×2 z przerwą jednej godziny. Po południu chory oddaje stolec kalomelowy t. j. zielony. Jeżeli niema stolca kalomelowego, wskazanem jest podanie rycyny lub naparu liści senesowych. W ten sposób można zawsze uniknąć ewentualnych szkodliwych następstw kalomelu.

W całym szeregu ciężkich przypadków stosowano z dobrym wynikiem w 1-ym dniu kalomel, zaś później djetę jabłkową.

W tym dniu, gdy chory dostaje kalomel, wskazane jest odstawienie wszelkiego pożywienia, jedynie podaje się herbatę, którą należy dłużej naparzać, nadto można podać małe ilości wina lub konjaku. Po ustaniu biegunki chory spożywa kleiki w ilości niezbyt dużej, kakao wodne i sucharki. Wówczas można dodać trochę białego chleba. Gdy stolce są uformowane, można zezwolić na zwykłe pożywienie. Dopóki stolce nie mają stałej konsystencji, należy stosować tannigen 1,0 × 4 s. dziennie. Dobre wyniki daje również Bismutum subnitricum, które można podawać łącznie z tannigenem.

Przepłókanie żołądka może być wskazane jedynie bezpośrednio na początku choroby.

W rzadkich wypadkach występuje niedokwaśność, wskazany jest wówczas kwas solny z pepsyną.

Przy gnilnych stolcach zaleca się pożywienie, ubogie w białko i obfitujące w węglowodany.

Przy stolcach fermentacyjnych pomyślnie działa pożywienie białkowe i bismuthum subnitricum.

Po ustąpieniu gorączki stosowanie pęcherza z lodem jest zbędne, natomiast przez dłuższy czas wskazane są okłady Priessnitz'a.

Jeżeli zarazki chorobotwórcze nadal utrzymuje się w ustroju, można ponownie zalecić głodówkę w ciągu 1/2 dnia i jednocześnie podawać kalomel 0,3 × 2.

Ważnem jest zapobieganie. W 1/2 przypadków, spostrzeganych przez autora, choroba spowodowana była zepsutą wędliną wątrobową. Należy uświadomić szerszą publiczność o szkodliwości nieświeżych produktów żywnościowych, jak ser, konserwy i mięso.

Ankieta

a) *do P. T. Lekarzy*

1. Jakie preparaty pochodzenia zagranicznego znajdujące się w handlu uważa Pan Doktór za zbędne?
2. Produkcję jakich nowych preparatów uważa P. Doktór za wskazane dla naszego przemysłu chem. farmac.?
3. Brak jakich preparatów krajowych daje się P. Doktorowi we znaki?
4. Czy uważa P. Doktór za słuszne rozsyłanie przez firmy t. zw. próbek lekarskich — lekarzom?
5. Ocena (opinja) preparatów (specyfików) znajdujących się na rynku krajowym wogóle, a wyrobu krajowego w szczególności (porównanie składu — działania właściwości).
6. Uwagi ogólne.

b) *do Przemysłu Chem.-Farmaceutycznego*

1. Jaki jest stosunek lekarzy do preparatów krajowych?
2. Jakiego rodzaju preparaty krajowe chemiczne, pochodzenia roślinnego (organo-preparaty) osiągają największy zbyt?
3. W jakiej dziedzinie wytwórczości odczuwa się najbardziej konkurencję zagraniczną? Jakie są tego przyczyny? Jakie można zastosować środki zaradcze?
4. Jaki jest stosunek WP. do rozsyłania t. zw. próbek lekarskich?
5. Czy czynią WP. dalsze wysiłki i próby stworzenia oryginalnych preparatów?

OD REDAKCJI

Redakcja naszego Czasopisma zwraca się do P. T. Czytelników o łaskawe wypowiedzenie się na postawione poniżej pytania i skierowanie odpowiedzi pod adresem sekretarja'u redakcji w Warszawie — ul. Grzybowska 33 m. 4.

1. *Czy artykuły zostały ujęte zgodnie z celem i zadaniem naszego Czasopisma?*
2. *Co należałoby zmienić, dodać — czego unikać?*
3. *Strony dodatnie.*
4. *„ ujemne.*

Redaktor i wydawca: **Mr. A. HIRSZFELD**

Warunki prenumeraty: Rocznie zł. 6.—, półrocznie zł. 3.50, pojedyńczy Nr. zł. 1.—
Ogłoszenia: cała strona zł. 150, 1/2 str. zł. 80.—, 1/4 str. zł. 45. Okładki o 30% droższe.

Numer wychodzi w pierwszej połowie każdego miesiąca.

Zakłady Graficzne B. Pardecki i S-ka Warszawa, tel. 5-22-05